*Santé publique* 2006, volume 18, nº 3, pp. 459-473

# Référentiel de compétences infirmières en RD du Congo dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé

## *Referential of nursing competencies in the Democratic Republic of Congo within the framework of strengthening human resources for health*

**F. Parent** (1), **D. Lemenu** (2), **C. Lejeune** (2), **D. Komba** (3), **R. Baulana** (3), **G. Kahombo** (3), **Y. Coppieters** (1)

***Résumé :*** L'objectif de cet article est de présenter les résultats d'un processus de construction participative d'un référentiel de compétences infirmières, pour l'enseignement secondaire professionnel dans les contextes du sud, plus particulièrement en République Démocratique du Congo (RDC). La priorité est donnée à la présentation du produit final validé. Le référentiel de compétences s'accompagne d'un référentiel de formation qui présente le programme des études. Seul le référentiel de compétences est décrit dans cet article.
Le résultat documente en premier lieu la forme que prend ce référentiel de compétences dans la réalité. Le référentiel de compétences est présenté en partant des quatre compétences clés déclinées en paliers de compétences et en critères minimaux et de perfectionnement par année d'études. La présentation du référentiel se clôture par les familles de situations pour chaque année ainsi que par un lexique adapté.
La discussion porte sur les résultats du référentiel de compétences dans son contexte mais également sur l'usage qui devrait être fait de ce référentiel de compétences dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement infirmier en RDC. Un autre point abordé est celui de l'intérêt de la démarche de l'approche par compétence dans les formations professionnelles en sciences de santé.

(1) Département d'Épidémiologie et de Promotion de la Santé, École de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), Bruxelles, Belgique.

(2) Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Bruxelles, Belgique.

(3) Direction de l'Enseignement des Sciences de santé et CREFSS, Ministère de la Santé, Kinshasa/Gombe, République Démocratique du Congo.

*Correspondance :* F. Parent

*Réception :* 25/03/2005 – *Acceptation :* 17/03/2006

**Summary:** *This article describes the results of a participatory process aiming to design and develop a referential of competencies for nurses to be used in secondary professional training within the context of the global South, and more specifically in the Democratic Republic of Congo (DRC). Priority focus is given to the presentation of the final validated product. The competencies' referential is accompanied by a training referential as a pre-requisite guide, which outlines the course of study. Only the referential of competencies is described in this article.*
*The result documents, in the first instance, the shape which this referential of competencies takes in reality, from which a school nurse can be brought to mobilise while practicing his/her profession. The referential's basis and presentation is founded on four key skill sets as a starting point. Each of the four key skills were further broken down and divided according to levels of competencies and minimal criteria for perfecting these skills per year of study. The presentation of the referential of competencies ends by regrouping "families of situations" for each year as well as with an adapted glossary. The discussion focuses on the results of the referential of competencies in its context but also on the use which should be made of this tool within the framework of the implementation of the education and training reform for nurses in DRC. Another point is the interest of this approach by skills for various types of professional training in the health sciences.*

*Mots-clés :* référentiel de compétences - infirmier - Afrique - formation de base - qualité des soins - ressources humaines en santé.

*Key words:* referential of competencies - nurse - Africa - basic training - quality of care - human resources for health.

## Introduction

La formation initiale des infirmiers de niveau secondaire technique en République Démocratique du Congo (RDC), tout comme dans de nombreux autres contextes, n'est pas adéquate aux besoins en santé du pays. Ceci est lié à la fois à l'ancienneté des réformes qui n'ont pas encore intégré les concepts de soins de santé primaires (SSP) et de décentralisation des soins [9] mais également à l'absence d'une vraie réflexion pédagogique sur l'adéquation de la formation aux réalités des terrains. Cette problématique est relativement commune aux autres niveaux de formations des professionnels de santé. Cependant l'accent a été mis sur l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre des SSP. Dans ces contextes, c'est l'infirmier de niveau A2 correspondant au niveau de formation technique secondaire (c'est-à-dire des jeunes âgés en principe de 16-17 ans qui poursuivent une formation professionnalisante après la 4$^{e}$ année d'enseignement secondaire général) qui représente l'agent en charge de 85 % de l'offre de soins de la première ligne des systèmes de santé [2]. La formation A2 est dispensée dans des Instituts Techniques Médicaux (ITM) dont plus de 350 écoles sont actuellement recensées dans le pays tandis que les formations en enseignement infirmier supérieur (niveau A1) sont suivies dans des Instituts Supérieurs de Techniques Médicales (ISTM) au nombre d'une vingtaine.

L'objectif de cet article est de présenter les résultats d'un processus de construction participative d'un référentiel de compétences pour l'enseignement infirmier de niveau secondaire en RDC à des fins d'analyses et de comparaisons [5, 6, 16, 21]. L'élaboration de ce référentiel de compétences vient s'inscrire dans un processus de réforme de l'enseignement infirmier au

sein du Ministère de la Santé en RDC. La méthodologie choisie et le processus participatif qui a été engagé n'ont rien de spontané mais au contraire reflètent une volonté de professionnalisme et d'utilité du produit final [17]. Le contexte qui a permis ce travail, est celui d'un partenariat entre le Ministère de la Santé et plus particulièrement sa Direction en charge de l'enseignement en sciences de santé et des bailleurs et intervenants du sud et du nord : l'Association pour le renforcement de l'enseignement et de l'éducation en santé (ARE@ Santé) ; la Cellule de Recherche et de formation en sciences de santé (CREFSS) ; la Haute École Léonard de Vinci (ISEI) ; l'Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger (APEFE) ; le Commissariat des relations internationales (CGRI) et la Ligue des infirmiers de l'espace francophone (LIEF).

Cet article aborde également des éléments sur la mise en œuvre de ce référentiel [(4)] afin de favoriser une réflexion sur le transfert méthodologique à d'autres niveaux de formations initiales ou continues des professionnels de santé.

## Méthodologie

La méthodologie suivie se base sur la description des deux approches complémentaires :

– la description du processus d'élaboration du RC par l'utilisation d'une analyse systémique et le principe d'action qui est celui de la « participation représentative » de tous les acteurs concernés par une même problématique [13] ;

– les étapes méthodologiques de l'élaboration du référentiel de compétences et la description de l'approche en ingénierie de formation représentée par l'approche par compétences (APC) [12, 19].

### Le processus d'élaboration du référentiel : l'approche systémique et participative

Nous avons choisi une approche systémique adaptée du modèle PRECEDE de Green et Kreuter pour permettre notamment l'identification de tous les acteurs concernés [7]. C'est ainsi qu'un réseau d'acteurs en provenance des mondes de l'éducation et de la santé, de la formation et de la prestation de soins, des organisations, structures associatives et institutions centrales ont produit ensemble, au cours de quatre ateliers de 10 jours chacun (de décembre 2003 à décembre 2004), ce référentiel de compétences ainsi que le référentiel de formation concordant.

### Les étapes d'élaboration du référentiel

La spécificité poursuivie par l'approche par compétence est de faire se correspondre au maximum les apprentissages en cours de formation avec les activités réelles de la vie professionnelle [4]. En effet, on sait à présent que les savoirs scolaires ne sont pas automatiquement transférés en situation. Ce transfert doit être préparé dès l'école et il exige plus que la maîtrise des savoirs. Ceux-ci doivent être intégrés dans des processus de réflexion, de décision, d'action (compétences) adéquats aux situations professionnelles auxquelles l'apprenant sera confronté [18]. Afin de faire correspondre les compétences et les situations dans lesquelles elles sont mobilisées, il faut entraîner les apprenants dès la formation à la réalité du

(4) Référentiel à consulter sur le site de la SFSP à la rubrique de la Revue *Santé publique* N° 3/2006. http://www.sfsp.info

terrain. Une réelle ingénierie pédagogique est nécessaire et peut se résumer par les étapes suivantes :

***Identification de la fonction de l'agent dans son organisation et description de l'organisation (organigramme)***

Il s'agit dans un premier temps de clarifier qui est l'agent de santé sur lequel porte l'analyse et surtout de repérer dans le système de santé approché les fonctions attendues de cet acteur de terrain. Une clarification des niveaux d'intervention de l'agent ou encore des lieux de son exercice professionnel et de leurs appellations est nécessaire pour bien s'entendre sur les représentations propres aux différents contextes.

***Description de la fonction/métier***

Il s'agit d'analyser les fonctions et profils de métier des professionnels de santé dont, plus spécifiquement celui de l'infirmier polyvalent de la zone de santé ou infirmier A2. À partir d'une récolte de données par observation en situation, par consensus au sein d'un panel d'experts, par relevé des normes sanitaires et par intégration des programmes verticaux ont été identifiées les activités/tâches du personnel infirmier(e) dans les zones de santé de RDC.

***Catégorisation des savoirs***

Cette étape consiste à classer les fiches d'activités/tâches selon les catégories proposées : d'une part en activités cognitives, procédurales, réflexives, psychoaffectives et sociales et, d'autre part, en degrés d'observabilité du verbe d'action (du plus général au plus précis).

C'est au départ de ce classement que s'opère le repérage des compétences-clés soit des savoirs, savoir-faire et savoir être mobilisés en situation.

***Intégration des compétences***

L'étape suivante est celle de la description des situations d'exécution courante soit celle de la mise à plat des « familles de situations ». Ce travail est indispensable dans la mesure où ce qui permet de lier les compétences entre elles et de les traduire de façon opérationnelle, c'est de les ancrer dans les situations à gérer [15]. Il s'agit donc de présenter des situations plausibles parmi les plus courantes et représentatives de celles exercées par l'agent de santé. La situation doit être assez précise pour que l'on « voie » de quoi il s'agit tout en évitant de s'égarer dans des détails. Ce sont bien des situations que l'agent de santé rencontre et pour lesquelles il est de sa responsabilité de les gérer.

*Croiser les compétences et les familles de situations*

Une fois les compétences arrêtées et les familles de situations décrites un passage nécessaire est celui du croisement entre les situations et les compétences mobilisées dans chacune d'elles. Ceci nous permet de valider les étapes déjà parcourues.

*Se mettre d'accord sur les objectifs continués d'intégration (OCI)*

La formalisation des compétences attendues se concrétise dans la formulation de ce qui a été nommé l'« objectif continué d'intégration, OCI » dans les contextes de formation de base. Il s'agit de rendre directement visible ce qui est attendu tout au long de l'année comme macro-compétence d'intégration. Les spécificités de l'exercice infirmier à savoir la diversification des lieux de pratique avec des mobilisations de compétences différentes a amené à construire non pas ce qui est classiquement attendu en

terme d'« objectif terminal d'intégration, OTI » mais à s'approprier pour les raisons sus-citées le concept d'« OCI ».

### *Structuration des paliers de compétences*

*Identifier les paliers pour chaque compétence*

À ce stade, et toujours dans le contexte de production participative, il s'agit pour chaque compétence d'identifier les paliers de compétences (PC) auxquels l'apprenant doit être formé pour l'exercer de façon optimale. Ces paliers de compétences seront parfois des activités ou des regroupements d'activités. Ils sont bien des étapes vers l'acquisition de la compétence.

*Identifier les critères pour chaque palier de compétence (critères minimaux et de perfectionnement)*

En vue de l'évaluation de la formation, il reste à écrire pour chaque PC, les critères minimaux (CM) et de perfectionnement (CP) soit les indicateurs de niveau de maîtrise du PC. La rigueur est de mise quand il s'agit de décliner au plus juste les qualités du PC. Celles-ci peuvent s'exprimer en substantif (adéquation, cohérence, précision, originalité, etc.) ; en substantif plus adjectif (emploi pertinent, interprétation correcte, production personnelle, etc.) ; ou encore en question (le patient est-il confortable?, les normes de sécurité sont-elles respectées ? Etc.).

### *Validation du RC*

La validation d'un référentiel de compétences se fait en plusieurs étapes et il est préférable de parler de processus de validation. Cette validation doit s'opérer aussi bien sur le terrain d'application auprès des professionnels de la santé et de la population qu'auprès d'experts en Santé Publique et en Éducation (nationaux et internationaux). Tous les résultats de la validation seront pris en compte pour produire la version finale du référentiel de compétences.

*Validation interne*

Comme souligné plus haut, une validation interne en cours d'atelier se joue grâce d'une part à la représentativité de tous les acteurs concernés et d'autre part grâce au suivi méthodologique systématique incluant des phases d'aller-retour permettant des contrôles et réajustements incontournables.

*Validation externe*

Cette dernière étape du processus, plus formelle, a pour objectif de recueillir l'avis du plus grand nombre d'intervenants en enseignement des sciences de santé et de l'éducation sur la pertinence du travail produit, afin de vérifier l'adéquation entre le référentiel et les profils de compétences réellement attendus de l'agent de santé et d'évaluer la lisibilité et l'utilisation du référentiel de compétences.

## Résultats

Les résultats doivent nécessairement présenter la mise en forme de ce référentiel en plus de présenter son contenu. La lecture du référentiel est facilitée par l'appropriation de son mode d'emploi présent dans le référentiel. Disons ici simplement qu'il faut considérer chaque élément en lien avec les autres, la pratique de la profession impliquant la mobilisation des compétences dans des contextes (familles de situations) spécifiques.

Soulignons la présence dans le référentiel d'un lexique qui guide, lui aussi, l'utilisateur dans la découverte de cet outil. Les cadres de référence (en santé et en pédagogie) retenus y sont décrits également et sont quelque peu les garants et la mémoire des objectifs à l'origine du projet.

L'ensemble des résultats qui suivent rend compte du référentiel de compétences. Seule sa présentation à des fins d'article est différente mais essaie au mieux de traduire le produit final dont la présentation graphique favorise une utilisation optimale. Une seule compétence pour l'ensemble des quatre années de formation est présentée dans cet article, de même que seules les familles de situations de la 4e année sont reprises.

**Mise en forme du référentiel de compétences**

Ce référentiel est un outil dans le cadre de la réforme nationale de l'enseignement en sciences de santé en RDC.

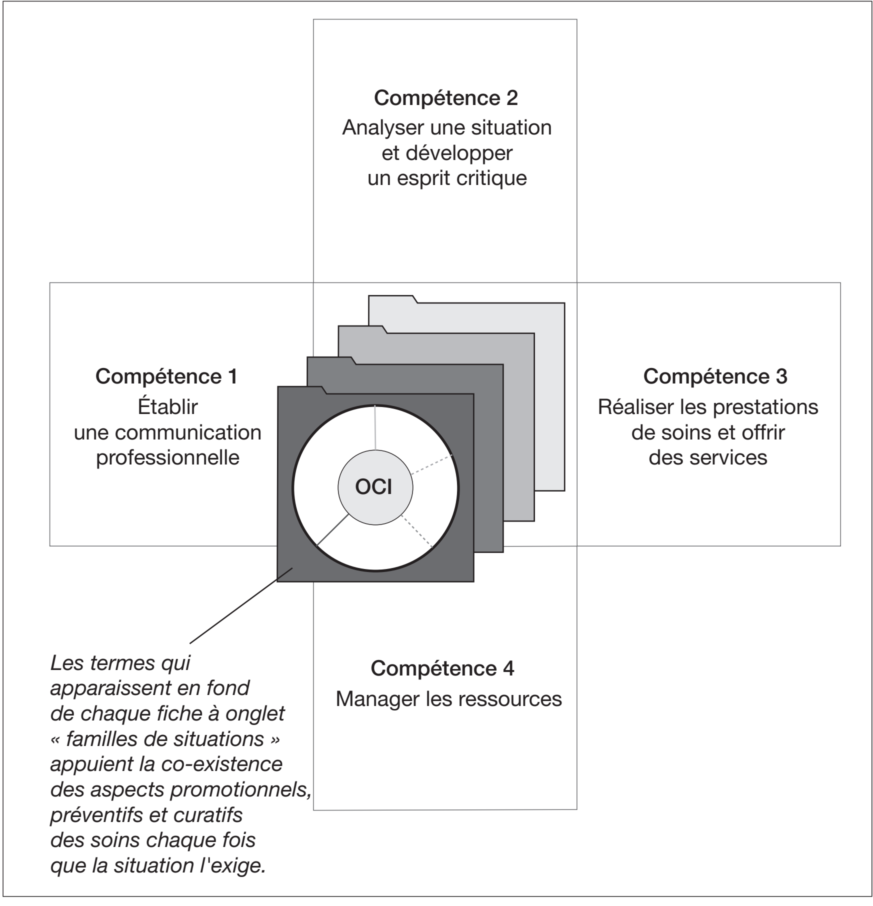



*Figure 1 : Présentation et mode d'emploi du référentiel de compétences infirmières du niveau secondaire en RDC.*

Il se présente sous la forme d'un carré avec des rabats qui s'ouvrent vers l'extérieur. Sur les rabats extérieurs, le cadre pédagogique et le cadre de santé permettent de découvrir les valeurs et le contexte spécifique de ce référentiel de compétences infirmières.

La première étape est de prendre connaissance de l'Objectif Continué d'Intégration (OCI), c'est-à-dire du profil attendu de l'étudiant en cours d'année (fiches centrales volantes).

Autour de l'OCI sont décrites les familles de situations, c'est-à-dire les situations dans lesquelles sont évaluées les compétences de l'apprenant. En effet, les compétences visées par l'objectif continué d'intégration doivent pouvoir être mises en œuvre tant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé que dans celui des soins curatifs à l'hôpital et au centre de santé.

Ensuite, il faut parcourir les compétences. Chacune d'elles renvoie à une des compétences clés visées par la formation. La lecture verticale de la compétence informe de tous les Paliers de Compétence (PC) soit de tout ce qui doit être maîtrisé par année d'étude pour cette compétence.

La lecture horizontale montre l'évolution de ce PC au cours des 4 années d'études.

Pour la compréhension des chiffres, il est recommandé de lire de la façon suivante :

Par exemple, pour « 1.1.1 » : le premier chiffre correspond à l'année, le deuxième à la compétence et le troisième au palier de compétence. Pour chaque palier de compétences, les critères d'évaluation sont précisés. Ceux-ci se partagent en deux catégories : les CM soit les Critères Minimaux (ensemble de critères qui, lorsqu'ils sont rencontrés dans les situations décrites, permettent l'obtention de 75 % des points) et les CP : Critères de Perfectionnement (critères qui, lorsqu'ils sont rencontrés, permettent d'obtenir 100 % des points).

## Contenu du référentiel de compétences

### *Cadres de référence*

#### *Cadre de référence en santé*

Le processus de construction de ce référentiel de compétences infirmières est basé sur l'exigence d'adéquation entre la formation de base et les tâches attendues sur le terrain des infirmiers et infirmières de niveau A2 en République Démocratique du Congo.

La finalité recherchée est de former des professionnels de la santé ayant des capacités et des compétences qui leur permettent de réaliser les Soins de Santé Primaires dans leur pays. C'est ainsi qu'experts de terrain, professionnels de la santé et de l'éducation ont tissé des liens entre le monde de l'éducation et celui de la santé.

Le cadre de référence retenu pour la construction de ce référentiel de compétences infirmières est celui des Soins de Santé Primaires et de la Promotion de la santé. Les démarches et stratégies de la promotion de la santé privilégiées dans cette approche sont : la participation et le développement de l'autonomie, la démarche intersectorielle, l'engagement dans la réduction des inégalités en matière de santé, l'approche globale de la santé.

#### *Cadre de référence en pédagogie*

Le référentiel de compétences infirmières décrit les objectifs et les finalités de la formation. Il sert de cadre de référence pour former des infirmier(e)s aptes à assurer les démarches en

promotion et en prévention, à réaliser des soins conformes aux attentes de la population et des professionnels de la santé. Ces infirmier(e)s seront capables : d'établir une communication professionnelle, d'analyser une situation et développer un esprit critique, de réaliser les prestations de soins et offrir des services et de manager les ressources.

Il s'agit là des compétences-clés à acquérir en cours de formation. Elles sont les fils conducteurs, autant pour l'élaboration du programme (intitulés et contenus de cours) que du curriculum (ensemble du système de formation : cours/stage/méthodes/évaluation, etc.) L'approche classique (transmissive) a montré ses limites quant au transfert, à l'utilisation des savoirs en situation. C'est pourquoi ce référentiel est basé sur l'approche par compétences.

### *Compétences pour les 4 années d'étude*

**Compétence 1. Établir une communication professionnelle :** échanger, dans le respect mutuel, de manière à établir une relation de confiance avec l'individu, la famille, la communauté et les autres organisations.

**Compétence 2. Analyser une situation et développer un esprit critique :** identifier au départ des données collectées les problèmes de santé des individus, familles ou collectivités et prendre de manière participative des décisions pertinentes.

**Compétence 3. Réaliser les prestations de soins et offrir des services :** dispenser les soins et offrir les services de manière globale, continue et intégrée en partenariat avec l'individu, la famille ou la communauté.

**Compétence 4. Manager les ressources :** mobiliser et utiliser rationnellement les ressources en vue de répondre efficacement aux besoins des individus, des familles, des communautés et des autres organisations.

### *Les objectifs continués d'intégration et les familles de situations*

Un objectif continué d'intégration ainsi que des familles de situations sont décrits par année d'étude. Le tableau II présente l'objectif continué d'intégration et les familles de situations dans la communauté, au centre de santé et à l'hôpital, pour la 4e année.

## Discussion

De nombreux niveaux de discussions peuvent se faire autour des résultats de ce référentiel de compétences, de son contexte d'utilisation et de son élaboration. On se trouve en effet à la jonction de plusieurs secteurs : celui de l'éducation, celui de la santé et enfin le secteur plus transversal des sciences sociales par le processus même qui a amené sa construction. On se limitera dans cette discussion aux objectifs posés dans ce travail : présenter un référentiel de compétences infirmiers dans son contexte, analyser brièvement les résultats et axer la discussion sur l'usage et le transfert de ce type d'outil.

Il est cependant utile de rappeler le principe de consensus dans les décisions prises. Ainsi certains choix de contenus du référentiel de compétences ne peuvent échapper « aux modes en vigueur », tels que les programmes intitulés CCC (Communication pour le Changement de Comportements). Ces programmes sont en effet réducteurs des principes d'action de la promotion de la santé et partiellement en contradiction avec les logiques constructivistes des péda-

**Tableau I : Présentation de la compétence « Établir une communication professionnelle », par année d'étude.**

| **Compétence 1. Établir une communication professionnelle**<br>**Échanger dans le respect mutuel, de manière à établir une relation de confiance avec l'individu, la famille, la communauté et les autres organisations** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Années d'étude** | | | | | | | |
| **1re année** | | **2e année** | | **3e année** | | **4e année** | |
| **1.1.1. Établir et entretenir une relation adéquate avec une personne** | | **2.1.1. Établir et entretenir une relation harmonieuse avec une personne, la famille ou un groupe** | | **3.1.1. Établir et entretenir une relation harmonieuse et, si nécessaire, apporter un soutien psychologique à une personne, la famille, un groupe ou la communauté** | | **4.1.1. Établir et entretenir une relation harmonieuse et, si nécessaire, apporter un soutien psychologique à une personne, la famille, un groupe ou la communauté** | |
| CM | • présentation mutuelle<br>• écoute attentive<br>• traduction fidèle des propos de la personne (avec aide si nécessaire)<br>• langage compréhensible<br>• langage adéquat (verbal et non verbal)<br>• respect du secret professionnel | CM | • présentation mutuelle<br>• écoute attentive<br>• langage compréhensible<br>• langage adéquat<br>• relation chaleureuse<br>• respect du secret professionnel | CM | • présentation mutuelle<br>• écoute attentive<br>• langage compréhensible<br>• langage adéquat<br>• relation chaleureuse<br>• reformulation correcte<br>• respect du secret professionnel | CM | • présentation mutuelle<br>• écoute active<br>• langage compréhensible<br>• langage adéquat<br>• relation chaleureuse<br>• reformulation correcte<br>• respect du secret professionnel |
| CP | • relation chaleureuse<br>• écoute active | CP | • reformulation correcte | CP | • manifestation d'empathie | CP | • manifestation d'empathie<br>• congruence |
| **1.1.2. Informer la personne** | | **2.1.2. Donner les conseils nécessaires à une personne, une famille ou un groupe** | | **3.1.2. Éduquer en fonction du diagnostic (communautaire ou clinique) une personne, une famille ou un groupe** | | **4.1.2. Éduquer et former en fonction du diagnostic une personne, une famille ou un groupe** | |
| CM | • pertinence de l'information<br>• information adaptée<br>• utilisation appropriée des canaux d'informations | CM | • conseils adaptés<br>• choix du moment et environnement propice<br>• vérification de la compréhension effective des conseils | CM | • choix judicieux du thème<br>• utilisation des canaux de communication appropriés<br>• offre de possibilités d'échange<br>• respect des habitudes du milieu (tradithérapeute) | CM | • choix judicieux du thème<br>• utilisation des canaux de communication appropriés<br>• offre de possibilités d'échange<br>• capacité de susciter la participation |
| CM : critères minimaux.<br>CP : critères de perfectionnement. | | | | | | | |

**Tableau I. Présentation de la compétence “ Etablir une communication professionnelle ”, par année d’étude *(suite).***

| **Compétence 1. Établir une communication professionnelle<br>Échanger dans le respect mutuel, de manière à établir une relation de confiance avec l’individu, la famille, la communauté et les autres organisations** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Années d’étude** | | | | | | | |
| **1re année** | | **2e année** | | **3e année** | | **4e année** | |
| CP | • capacité de susciter la rétro information (feedback) | CP | • respect des habitudes du milieu (traditthérapeute) | CP | • capacité de susciter la participation | CP | • formation pertinente |
| **1.1.3.** | | **2.1.3. Animer une séance de communication (promotion, prévention)** | | **3.1.3. Animer une séance de communication en vue d’un changement de comportement** | | **4.1.3. Animer une séance de communication en vue d’un changement de comportement** | |
| | | CM | • langage compréhensible<br>• langage adapté<br>• méthodes adéquates pour la participation active des groupes cibles | CM | • langage compréhensible<br>• langage adapté<br>• vérification de la compréhension du message<br>• distribution équitable de la parole | CM | • langage compréhensible<br>• langage adapté<br>• vérification de la compréhension du message<br>• distribution équitable de la parole |
| | | CP | • distribution équitable de la parole | CP | • créativité CP créativité | CP | • capacité de susciter la participation |
| **1.1.4.** | | **2.1.4. Présenter oralement des données à l’équipe (informations sur le patient, observations, collecte des données …)** | | **3.1.4. Présenter des informations à l’équipe (un diagnostic communautaire, des propositions d’interventions, des observations sur les patients, gestion de la rumeur…)** | | **4.1.4. Présenter et argumenter des informations (un diagnostic communautaire, des propositions d’interventions, des observations sur les patients, gestion de la rumeur,…)** | |
| | | CM | • langage professionnel<br>• structuration de l’information | CM | • langage professionnel<br>• structuration de l’information<br>• capacité de synthèse | CM | • créativité<br>• capacité de synthèse<br>• langage professionnel<br>• structuration de l’information<br>• langage convaincant |
| | | CP | • capacité de synthèse | CP | • argumentation convaincante | CP | • capacité de susciter la participation |
| CM : critères minimaux.<br>CP : critères de perfectionnement. | | | | | | | |

**Tableau I. Présentation de la compétence “ Etablir une communication professionnelle ”, par année d’étude *(suite).***

| **Compétence 1. Établir une communication professionnelle<br>Échanger dans le respect mutuel, de manière à établir une relation de confiance avec l’individu, la famille, la communauté et les autres organisations** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Années d’étude** | | | | | | | |
| **1re année** | | **2e année** | | **3e année** | | **4e année** | |
| **1.1.5. Rédiger un rapport** | | **2.1.5. Rédiger un rapport** | | **3.1.5. Rédiger un rapport** | | **4.1.5. Rédiger un rapport** | |
| CM | • respect du canevas<br>• respect de la grammaire | CM | • respect du canevas<br>• résumé de qualité<br>• respect de la grammaire<br>• vocabulaire professionnel | CM | • vocabulaire professionnel<br>• respect de l’orthographe<br>• respect de la grammaire<br>• respect du canevas<br>• synthèse de qualité | CM | • vocabulaire professionnel<br>• respect de l’orthographe<br>• respect de la grammaire<br>• respect du canevas<br>• synthèse de qualité |
| CP | • cohérence des idées | CP | • cohérence des idées | CP | • canevas enrichi | CP | • créativité<br>• références bibliographiques conformes aux normes scientifiques |
| **1.1.6. Participer aux activités de l’équipe** | | **2.1.6. S’intégrer dans l’équipe** | | **3.1.6. Participer aux réunions du service** | | **4.1.6. Participer aux réunions du service** | |
| CM | • relation harmonieuse et chaleureuse<br>• écoute attentive<br>• respect de l’autre, des habitudes et des normes de vie dans l’équipe<br>• interaction avec les membres | CM | • relation harmonieuse<br>• écoute attentive<br>• respect de l’autre, des habitudes et des normes de vie dans l’équipe | CM | • relation harmonieuse<br>• écoute attentive<br>• respect de l’autre, des habitudes et des normes de vie dans l’équipe<br>• interaction avec les membres | CM | • relation harmonieuse et chaleureuse<br>• écoute attentive<br>• respect de l’autre, des habitudes et des normes de vie dans l’équipe<br>• interaction avec les membres<br>• suggestions et avis pertinents |
| | | CP | • interaction avec les membres | CP | • suggestions et avis pertinents | CP | • recherche de solutions pertinentes pour des conflits d’équipe |
| CM : critères minimaux.<br>CP : critères de perfectionnement. | | | | | | | |

**Tableau II : Objectif continué d'intégration et familles de situations pour la 4e année.**

| Objectif continué d'intégration | Famille de situations dans la communauté | Famille de situations au centre de santé | Famille de situations à l'hôpital |
|---|---|---|---|
| Assurer des activités de prévention et de promotion de la santé au niveau individuel, familial ou collectif, dans toutes les structures d'une zone de santé.<br>Assurer la prise en charge de patients présentant des problèmes de santé courants pour sa région, aussi bien au centre de santé qu'à l'hôpital, en consultation ou en hospitalisation. | Dans une aire de santé durant son stage, l'apprenant aide le groupe cible à identifier ses problèmes de santé. Il identifie l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour faire face à ces diagnostics. Il tient une réunion de l'équipe de centre de santé au cours de laquelle il présente un dossier de diagnostic communautaire ainsi que les activités pertinentes à mettre en œuvre. Il organise, anime et évalue, si possible dans le cadre de la situation analysée et de toutes les manières en relation avec la liste établie présentée dans le lexique, une séance de communication pour le changement de comportement pour, soit : 10 à 50 élèves en milieu scolaire de 6 à 12 ans ou de 12 à 18 ans ; 20 à 40 relais communautaires dans une communauté. L'apprenant doit avoir recours aux personnes ressources et à tous les documents de référence. | **1.** Durant son stage dans une aire de santé, l'apprenant assure, auprès d'une population cible déterminée par le centre de santé, une des séances suivantes : • vaccination • CPS • santé de la reproduction : CpoN ou naissances désirables • hygiène du milieu. En outre, l'apprenant réalise une analyse du taux de couverture pour l'activité menée. L'apprenant doit avoir recours aux personnes ressources et à tous les documents de référence. La réalisation des prestations techniques spécifiques liées à l'activité se fera pour au moins deux personnes.<br>**2.** L'apprenant prend seul en charge, en utilisant les ordinogrammes, deux patients qui viennent consulter au centre de santé. Ces patients présentent un problème de santé courant pour la région. L'évaluation a lieu lors du dernier stage planifié dans un centre de santé. | L'apprenant prend seul en charge un patient dépendant ou semi-dépendant âgé de moins de 60 ans. Parmi tous les soins requis, il preste au moins un soin de base et de 2 à 4 soins spécifiques. L'évaluation a lieu lors du dernier stage de l'année planifié dans un des services suivants : médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique. L'apprenant doit avoir le temps de prendre connaissance du patient et de son dossier. |

gogies actives. Des nuances sont à rechercher à travers des débats de fond sur des thématiques elles aussi innovantes en santé telles que la promotion de la santé, les questions d'éthique et de genre, etc.

L'APC s'accompagne de dispositifs pédagogiques particuliers basés sur les concepts de pédagogies actives et de socio-constructivisme [10]. La mise en œuvre de ce référentiel de compétences, au travers du curriculum de formation, nécessite des changements de l'organisation du planning scolaire, des activités d'apprentissage et de l'évaluation. Citons notamment la mise en place de semaines d'intégration et l'évaluation certificative orientée davantage sur le terrain de stage. Les apprenants doivent en effet être évalués en situation de stage. Ce référentiel de compétences infirmières sert donc autant de guide aux contenus à apprendre, qu'aux méthodes et à l'évaluation. De cette manière, il devient un outil qui devrait être utilisé au quotidien autant par les apprenants que par les enseignants et encadrants de stage. Une diffusion large du document auprès des apprenants doit donc être envisagée, contrairement au référentiel de formation qui est principalement du ressort du corps professoral.

Par rapport au contexte spécifique, la motivation initiale de ce travail est le manque de corrélation entre ce qui est appris en classe ou en stage et la réalité des tâches que les professionnels de santé sont amenés à faire au niveau de leurs lieux d'exercices professionnels. La formation des infirmiers de niveau technique secondaire en RDC correspond au profil de fonction de l'agent polyvalent qui se trouve en général au niveau de la première ligne des soins de santé primaires dans son pays. C'est cet infirmier qui aurait le rôle du médecin généraliste tel qu'il est compris dans les contextes du nord : considérer la plainte comme la porte d'entrée vers le patient, établir un diagnostic de probabilité, traiter ou référer le patient, considérer son environnement social et familial dans la prise en charge, faire appel à la communauté, conseiller, accompagner. Il est également amené à assurer des actes techniques au centre de santé ou à l'hôpital de première référence. Le référentiel de compétences pour les infirmiers de la RDC inclut l'ensemble de ces dimensions sous les quatre compétences-clés. Quand on parle de qualité des soins, il s'agit en effet non pas seulement d'être formé à la prestation technique [8] mais également à la communication [3], l'analyse et le management [11, 20]. Ces compétences-clés se déclinent ensuite en paliers de compétences qui reflètent le niveau de formation attendu des infirmiers A2 année par année. Il est nécessaire également de maintenir une adéquation entre les différents niveaux de formation des professionnels de santé d'une même organisation. En l'occurrence, il serait intéressant d'établir en RDC le référentiel de compétences des infirmiers de niveau A1 et des médecins afin de travailler à cette corrélation et de renforcer l'adéquation plus globale du référentiel de compétences des infirmiers de niveau A2. Un débat existe depuis longtemps sur la nécessité de maintenir ce niveau d'infirmier. Celui-ci peut être relativement dépassé à partir du moment où la réflexion se base sur une analyse du système de santé, des normes sanitaires et des plateaux techniques avec l'adéquation de la planification des ressources humaines en santé. S'il apparaît qu'une analyse des fonctions et des profils de compétences détermine des tâches bien différentes, des niveaux de formations variables doivent être envisagés. Ce sont alors les spécificités des fonctions qui vont déterminer

ces différentes formations. En effet, il semble de plus en plus évident lors de l'élaboration de référentiels de compétences pour les professionnels de santé qu'il existe un réel socle de compétences et de capacités communes que nous pourrions appeler : « socle de compétences des soignants ». Ce sont les familles de situations, les paliers de compétences et les critères qui vont différencier les fonctions.

Concernant le transfert de la méthode, il ne s'agit pas seulement de faire correspondre des contenus matières à des savoirs utiles mais bien d'une approche pédagogique intégrée dans le temps et l'espace. L'approche par compétence nécessite une ingénierie pédagogique et l'expertise conjointe des professionnels de la santé et de l'éducation. L'APC est en soi une méthode particulièrement efficace d'élaboration de programmes cohérents pour les études professionnalisantes telles que celles en santé. Il s'agit néanmoins de se positionner dans un paradigme différent [14] qui est celui des compétences et non seulement celui des connaissances. Il n'est pas possible d'envisager un programme basé sur l'APC qui ne couvre que l'ensemble des savoirs. En effet le développement des savoir-faire et savoir être sont tout aussi prioritaires dans l'agenda de la formation. L'intérêt de l'APC est moins dans le pragmatisme de la formation, dans des contextes du sud, que dans les méthodes d'enseignements et d'évaluation à mettre en place en lien avec le cadre de référence théorique. Ce sont en effet ces modifications dans les manières d'apprendre qui, à terme, peuvent entraîner des changements de comportements favorables au développement d'un esprit critique, de l'auto-apprentissage, de l'ouverture et du dialogue [1]. On pourra alors considérer des formations réellement orientées entre autres vers la promotion de la santé.

L'adhésion au changement et aux nouvelles initiatives peut donner une impression de facilité voir d'utopie. Il n'en est rien : ce changement n'est pas spontané mais a été travaillé avec les acteurs concernés au départ du processus. Une vision commune de la problématique et une volonté d'entrer le plus exclusivement possible par le développement des capacités plutôt que par l'hypothétique transfert de savoirs ont permis de garder la cohérence d'une masse critique d'acteurs concernés. Les visions, l'une collective du changement et l'autre individuelle des capacités acquises, sont deux mécanismes complémentaires porteurs de développements. C'est ainsi que nous pouvons conclure sur la complexité utile des choses qui permet, en vue d'un changement, de profiter de l'existence d'approches aussi différentes en sciences sociales, humaines et de santé.

REMERCIEMENTS

À l'ensemble des personnes qui ont été impliquées dans le processus de la réforme dont entre autres les collaborateurs de la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé du Ministère de la Santé de RDC, les instituts techniques médicaux de Kinshasa partenaires, le milieu associatif infirmier en RDC, les membres de la Cellule de Recherche et de formation en sciences de santé (CREFSS), les experts de la Haute École Léonard de Vinci (ISEI) et de l'Association pour le renforcement de l'enseignement et de l'éducation en santé (ARE@ Santé). Cette production s'est faite dans le cadre du PROJET CK 01/01 : « Renforcement de la formation de base pour infirmier(e)s des Instituts Techniques Médicaux (ITM) à Kinshasa en République Démocratique du Congo (RDC) », en partenariat avec l'Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger / APEFE (M. Jean Gilllet, Directeur), le Commissariat des relations internationales (CGRI) et la Coopération technique belge (BTC/CTB).

BIBLIOGRAPHIE

1. Abrami P, Chambers B, Poulsen C, De Dimone C, d'Appllonia S, Howden J. *L'apprentissage coopératif. Théories, méthodes, activités.* Montréal : Édition de la Chenelière : 191 p.
2. Berteloot G, Gagnayre R, d'Ivernois JF. Pratique infirmière dans un contexte isolé : implication pour la formation. *Santé Publique* 2004 ; *16* : 239-50.
3. Berthon I. Éduquer le patient, des compétences infirmières au carrefour du soin et de la pédagogie. *Santé Publique* 2004 ; *16* : 363-71.
4. Donnadieu B, Genthon M, Vial M. *Les théories de l'apprentissage. Quel usage pour les cadres de santé ?* Paris : InterÉditions-Masson.
5. Durana I. *Procédé d'enseignement des soins de santé primaires. Programme d'études.* New York : Fondation Rockefeller, 1981.
6. General Medical Council. *Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education.* GMC publication [URL : http://www.gmc-uk.org]
7. Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach.* London: Mayfield Publishing Compagny, 1991.
8. Hesbeen W. *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante.* Paris : Masson : 208 p.
9. Hongora C, McPake B. How to bridge the gap in human ressources for health. *Lancet* 2004 ; *364* : 1451-6.
10. Jonnaert P. *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique.* Bruxelles : Éditions de Boeck, 2002 : 34-40.
11. Mintzberg H. *Grandeur et décadence de la planification stratégique.* Paris : Dunod, 1999 : 456 p.
12. Oiry E, d'Iribrane A. La notion de compétences : continuités et changements par rapport à la notion de qualification. *Sociol Trav* 2001 ; *43* : 49-66.
13. Parent F, Kahombo G, Bapitani J, Garant M, Coppieters Y, Levêque A, Piette D. A model for analysis, systemic planning and strategic synthesis for health science teaching in the Democratic Republic of the Congo: a vision for action. *Hum Resour Health* 2004 ; *2* : 16.
14. Perrenoud P. Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ? *Pédagogies collégiales* 1995 ; *9* (1) : 20-4.
15. Perrenoud P. *Articulation théorie-pratique et formation des praticiens réflexifs en alternance.* In : Lhez P, Millet D, Séguier B, (dir.) Alternance et complexité en formation. Éducation – Santé – Travail social. Paris : Éditions Seli Arslan, 2001 : 10-27 p.
16. Pingoud K. Élaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire. *Santé Publique* 2004 ; *16* : 225-38.
17. Roegiers X. *Analyser une action d'éducation ou de formation*. Bruxelles: De Boeck Université, 1997.
18. Roegiers X. Des situations pour intégrer les acquis. Bruxelles : De Boeck Université, 2003.
19. Roegiers X. *Une pédagogie de l'intégration : compétences et intégration des acquis dans l'enseignement.* Bruxelles : De Boeck Université, 2000.
20. Rosenhead J, Mingers J. *Rational analysis for a problematic world revisited.* New York : Éditions Wiley, 2004 : 366 p.
21. Viau R. *La motivation en contexte scolaire.* Bruxelles: De Boeck Université, 1997.